



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Maria Adriana Alves da Silva Leonards CPF: 093 286 154 70

CARGO OU FUNÇÃO: Agente Comunitário de Saúde MATRICULA Nº: _____

SECRETARIA: De Saúde LOCAL DE TRABALHO: PSF IV

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

| | |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO | <input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMILIA |
| <input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO | <input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT. DE TEMPO P/ L. PRÊMIO |
| <input type="checkbox"/> FÉRIAS – GOZAR | <input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA |
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA | <input type="checkbox"/> REMOÇÃO |
| <input type="checkbox"/> CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO | <input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE CARGO |
| <input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO | <input type="checkbox"/> RETIFICAÇÃO DE NOME |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO | <input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS | <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito afastamento das minhas atividades
Trabalhistas pelo período de 60 dias a partir
do dia 09/08/2023. Conforme atestado médico
em anexo.


ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: 10/08/2023

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: ___/___/___

ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,

MAURICIANO / MESTRE JELIA LOUREIRO

Portador (a) do RG _____

necessita de (60) sessenta

dias de afastamento do trabalho (escola) a partir
desta data, por motivo de doença.

CID: R80

DATA: 09 / 08 / 2023

Dr. Jairo E. F. (T.C.B.C.)
Clínico de Aparelho
Digestivo e Nutrição
Assinatura do Médico e CRM